

L 8 SB 5126/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8

1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 3 SB 2203/04
Datum
30.08.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 5126/06

Datum
29.08.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 30. August 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Neufeststellung des Grades der Behinderung (GdB) nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (SGB IX).

Bei dem 1956 geborenen Kläger, der im Besitz einer Aufenthaltserlaubnis für Angehörige eines Mitgliedstaates der EWG ist, stellte das Versorgungsamt Rottweil (VA) zuletzt mit Bescheid vom 08.08.2000 wegen einer Kniearthrose beidseits (Teil-GdB 20) und einem Bandscheibenschaden (Teil-GdB 20) den GdB mit 30 sowie eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit im Sinne des [§ 33b](#) Einkommensteuergesetzes jeweils seit dem 05.06.2000 fest. Ein gegen diesen Bescheid eingelegter Widerspruch des Klägers wurde mit Widerspruchsbescheid des Landesversorgungsamtes Baden-Württemberg vom 20.11.2000 zurückgewiesen. Eine daraufhin erhobene Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) - S 5 SB 3272/00 - blieb erfolglos.

Am 16.05.2003 stellte der Kläger wegen einer Verschlimmerung der festgestellten und neu hinzugetretenen Behinderungen (Kopfschmerz, Magenprobleme, Hörstörung) beim VA einen Antrag auf Neufeststellung eines höheren GdB. Das VA holte den Befundbericht des Dr. M. ein, der sich unter Vorlage weiterer medizinischer Unterlagen (Befundberichte Radiologisches Institut M. vom 21.01.2000, Dr. Sch. vom 19.12.2002, Dr. H. vom 18.06.1998, Orthopäde Baumgärtner vom 11.01.2000, Kreiskrankenhaus B. U. vom 26.1/30.03.1992 und Dr. G. vom 28.02.1996) am 04.07.2003 äußerte. Außerdem holte das VA die Befundscheine des Dr. B. vom 21.11.03, Dr. Ga. vom 30.11.2003, Dr. B.-Z. vom 01.12.2003, die weitere medizinischen Unterlagen zu den Akten gaben, ein. Nach versorgungsärztlicher Auswertung durch Dr. P. vom 16.01.2004 entsprach das VA mit Bescheid vom 27.01.2004 dem Antrag auf Neufeststellung des GdB nicht. Zur Begründung wurde ausgeführt, nach dem Ergebnis der Prüfung der aktuellen medizinischen Unterlagen bzw. erhobenen medizinischen Befunde sei eine wesentliche Verschlimmerung des Gesundheitszustandes und der damit einhergehenden Funktionsbeeinträchtigungen nicht eingetreten. Es lägen eine Funktionsbehinderung beider Kniegelenke und ein Bandscheibenschaden vor. Die geltend gemachten Gesundheitsstörungen Schwerhörigkeit, Kopfschmerzsyndrom und Reizmagen bedingten keinen GdB von wenigstens 10. Eine Funktionsbehinderung des Hüftgelenkes habe nicht nachgewiesen werden können.

Hiergegen legte der Kläger am 24.02.2004 Widerspruch ein. Er machte zur Begründung geltend, aufgrund seiner zahlreichen Erkrankungen ergebe sich ein GdB von wenigstens 50. Es sei im Hinblick auf den Befundbericht des Dr. M. nicht nachvollziehbar, weshalb für seine erheblichen Kniegelenksbeschwerden lediglich ein GdB von 20 festgesetzt worden sei. Der Bandscheibenschaden sei nach Ansicht des Dr. B. mit einem GdB von 30 bis 40 zu bewerten. Für die rezidivierenden Spannungskopfschmerzen und Schwindelattacken sei entsprechend einer mittelgradigen Verlaufsform einer Migräne ein GdB von 20 bis 40 angemessen. Hinsichtlich seiner Schwerhörigkeit, seiner Magenbeschwerden und der Hüftgelenksbeschwerden sei der Sachverhalt weiter aufzuklären. Das VA holte weitere Befundscheine des Dr. Ga. vom 04.04.2004, Dr. B.-Z. vom 22.04.2004 und Dr. B. vom 15.05.2004 ein. Nach versorgungsärztlicher Auswertung durch Dr. D.-W. vom 23.06.2004, die eine höhere Einstufung des GdB nicht befürwortete, wurde der Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid des Landesversorgungsamtes Baden-Württemberg vom 29.06.2004 zurückgewiesen. Zur Begründung wurde ausgeführt, im Vergleich zum Bescheid vom 08.08.2000 lasse sich eine Verschlimmerung, die eine Erhöhung des GdB rechtfertigen könne, nicht feststellen.

Hiergegen erhob der Kläger am 13.07.2004 Klage beim SG, mit der er sein Ziel, den GdB mit wenigstens 50 neu festzustellen, weiter

verfolgte. Der Kläger führte zur Begründung unter Bezug auf sein Vorbringen im Widerspruchsverfahren aus, für die beidseitige Kniegelenksarthrose sei ein GdB von 40, für die Schädigung der Wirbelsäule ein GdB von 30 bis 40 und für eine im Dezember 2002 diagnostizierte Insertionstendopathie Occipital ein GdB von 20 bis 40 angemessen. Der von Dr. B.-Z. geäußerte Verdacht einer Schwerhörigkeit links und seine Magenerkrankung seien weiter abzuklären.

Das SG hörte den Arzt für Allgemeinmedizin Dr. M. und den HNO-Arzt Dr. W. schriftlich als sachverständige Zeugen an. Dr. M. teilte in seiner Stellungnahme vom 15.10.2004 mit, von Mai 2003 bis heute habe er keine länger als sechs Monate bestehende Gesundheitsstörung des Klägers behandelt. Eine wesentliche Änderung im Gesundheitszustand habe er seit Mai 2003 nicht feststellen können. Dr. W. teilte in seiner Stellungnahme vom 02.11.2004 mit, für eine hochgradige Innenohrschwerhörigkeit links und eine gering- bis mittelgradige Innenohrschwerhörigkeit rechts sei der GdB mit 30 einzustufen.

Der Beklagte trat der Klage unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. B. vom 02.02.2005 weiter entgegen.

Auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) holte das SG das HNO-ärztliche Gutachten des Prof. Dr. Z., T., vom 13.02.2006 ein. Der Sachverständige diagnostizierte nach einer am 25.10.2005 erfolgten ambulanten Untersuchung des Klägers eine asymmetrische sensorineurale Schwerhörigkeit mit einer Hörminderung links von 10 %, rechts von 0 %. Den GdB bewertete er mit 0. Die objektiven Verfahren bei der Begutachtung hätten einen deutlich besseren Hörstatus als bei den Voruntersuchungen gezeigt. Gleichgewichtsprüfungen hätten in allen objektiven Tests ein Normalbefund gezeigt.

Auf weiteres Vorbringen des Klägers hörte das SG die Orthopäden Dr. B. und Dr. Sch. schriftlich als sachverständige Zeugen an. Dr. Sch. teilte in seiner Stellungnahme vom 20.04.2006 unter Vorlage von Befundberichten den Behandlungsverlauf und die Diagnosen mit. Die Beurteilung des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten mit einem GdB von 30 schätze er als angemessen und "durchaus großzügig" ein. Dr. B. teilte in seiner Stellungnahme vom 31.07.2006 unter Vorlage von Befundberichten den Behandlungsverlauf (letzte Konsultation 06.11.2003) und die Diagnosen mit. Zur Einschätzung des GdB sah er sich mangels neuerer Befunde nicht in der Lage.

Nach Anhörung der Beteiligten wies das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 30.08.2006 ab. Es führte zur Begründung aus, es könne kein höherer GdB als 30 festgestellt werden. Unter Berücksichtigung der sachverständigen Zeugenaussagen gehe die Kammer davon aus, dass die Funktionsbeeinträchtigungen an der Wirbelsäule und den Kniegelenken des Klägers ausreichend mit einem Teil-GdB von jeweils 20 bewertet worden und der vorhandene Spreizfuß sowie mitgeteilte Exostosen an den Fußwurzelknochen nicht GdB-relevant seien. Die Schwerhörigkeit sei nach dem Gutachten von Prof. Dr. Z. mit keinem GdB von 10 verbunden. Das Gutachten von Prof. Dr. Z. habe bestätigt, dass die von Dr. W. unsicher angenommene Hörbeeinträchtigung beim Kläger doch nicht so gravierend sei.

Gegen den dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 11.09.2006 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 11.10.2006 Berufung eingelegt. Er hat zur Begründung ausgeführt, nach den Feststellungen des Dr. W. bedinge die Innenohrschwerhörigkeit einen GdB von mindestens 20. Dr. O. habe bei ihm eine Retropatellararthrose und ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich des linken Kniegelenkes und leichter im rechten Kniegelenk diagnostiziert, was sich in der GdB-Bewertung nicht spiegele. Dies gelte auch für das von Dr. Sch., bei dem er in den letzten Monaten in ständige Behandlung gewesen sei, diagnostizierte akute LWS-Syndrom mit Iliosakralgelenkblockierung. Wegen sämtlicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen müsse er regelmäßig den Hausarzt aufsuchen. Seine Beeinträchtigungen in den Bereichen des Schultergelenkes und der Kniegelenke sowie die Fußbeschwerden hätten sich verschlechtert. Dr. N. habe zwischenzeitlich anlässlich einer betriebsärztlichen Untersuchung eine jeweils mittelgradige Innenohrschwerhörigkeit bestätigt. Der Kläger hat einen Auszug aus seinen Behandlungsakten sowie Befundberichte des Dr. Sch. vom 15.05.2006, Dr. O. vom 29.09.2005 und Dr. W. vom 12.10.2005 vorgelegt.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 30. August 2006 sowie den Bescheid des Beklagten vom 27. Januar 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29. Juni 2004 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, bei ihm einen Grad der Behinderung von wenigstens 50 seit 16. Mai 2003 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hat zur Begründung vorgetragen, aus den vom Kläger übersandten Befundunterlagen ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte zum Streitgegenstand.

Der Senat hat den HNO-Arzt Dr. N. schriftlich als sachverständigen Zeugen gehört. Dr. N. hat in seiner Stellungnahme vom 24.01.2007 unter Vorlage eines Audiogramms die von ihm bei einer Untersuchung des Klägers am 11.01.2007 erhobenen Befunde, prozentualer Hörverlust aus den Werten des Sprachaudiogramms nach Boenninghaus und Röser rechts 10 und links 10, mitgeteilt. Auf HNO-ärztlichem Gebiet hat er den GdB mit 10 eingeschätzt.

Der Rechtsstreit ist mit den Beteiligten durch den Berichterstatter in nichtöffentlicher Sitzung am 20.07.2007 erörtert worden. Auf die Niederschrift vom 20.07.2007 wird verwiesen.

Im Anschluss an den Erörterungstermin hat der Kläger den Reha-Entlassungsbericht der Fachkliniken H. vom 16.08.2007 über eine stationäre Maßnahme vom 16.04.2007 bis 11.05.2007 vorgelegt. Außerdem hat der Senat Dr. B. schriftlich als sachverständigen Zeugen angehört. Dr. B. hat in seiner Stellungnahme vom 16.01.2008 unter Vorlage von Befundberichten mitgeteilt, auf orthopädischem Fachgebiet ergebe sich nach seiner Einschätzung ein GdB von 30, maximal von 40 (LWS "max." GdB 30, Gonalgien bds. GdB 10, Schultergelenksteife bds. derzeit ohne wesentliche Funktionsstörung, Fingergelenkspolyarthrose ohne wesentliche Bewegungseinschränkung GdB 10).

Der Beklagte ist der Berufung weiter entgegengetreten und hat die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. G. vom 09.05.2008

vorgelegt.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf ein Band Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung des Klägers ist zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der angegriffene Bescheid des Beklagten vom 27.01.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.06.2004 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neufeststellung eines GdB von mehr als 30.

Der Beklagte wird seit 01.01.2005 wirksam durch das Regierungspräsidium Stuttgart vertreten. Nach [§ 71 Abs. 5 SGG](#) wird in Angelegenheiten des Schwerbehindertenrechts das Land durch das Landesversorgungsamt oder durch die Stelle, der dessen Aufgaben übertragen worden sind, vertreten. In Baden-Württemberg sind die Aufgaben des Landesversorgungsamts durch Art 2 Abs. 2 des Gesetzes zur Reform der Verwaltungsstruktur, zur Justizreform und zur Erweiterung des kommunalen Handlungsspielraums (Verwaltungsstruktur-Reformgesetz -VRG-) vom 01.07.2004 (GBl. S. 469) mit Wirkung ab 01.01.2005 (Art 187 VRG) auf das Regierungspräsidium Stuttgart übergegangen.

Nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den rechtlichen und tatsächlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Eine wesentliche Änderung im Hinblick auf den GdB gegenüber einer vorausgegangenen Feststellung liegt nur dann vor, wenn im Vergleich zu den den GdB bestimmenden Funktionsausfällen, wie sie der letzten Feststellung des GdB tatsächlich zugrunde gelegen haben, insgesamt eine Änderung eingetreten ist, die einen um wenigstens 10 geänderten Gesamt-GdB bedingt. Dabei ist die Bewertung nicht völlig neu, wie bei der Erstentscheidung, vorzunehmen. Vielmehr ist zur Feststellung der Änderung ein Vergleich mit den für die letzte bindend gewordene Feststellung der Behinderung oder eines Nachteilsausgleichs maßgebenden Befunden und behinderungsbedingten Funktionseinbußen anzustellen. Eine ursprünglich falsche Entscheidung kann dabei grundsätzlich nicht korrigiert werden, da die Bestandskraft zu beachten ist. Sie ist lediglich in dem Maße durchbrochen, wie eine nachträgliche Veränderung eingetreten ist. Dabei kann sich ergeben, dass das Zusammenwirken der Funktionsausfälle im Ergebnis trotz einer gewissen Verschlimmerung unverändert geblieben ist. Rechtsverbindlich anerkannt bleibt nur die festgestellte Behinderung mit ihren tatsächlichen Auswirkungen, wie sie im letzten Bescheid in den Gesamt-GdB eingeflossen, aber nicht als einzelne (Teil-)GdB gesondert festgesetzt worden sind. Auch der Gesamt-GdB ist nur insofern verbindlich, als er im Sinne des [§ 48 Abs. 3 SGB X](#) bestandsgeschützt ist, nicht aber in der Weise, dass beim Hinzutreten neuer Behinderungen der darauf entfallende Teil-GdB dem bisherigen Gesamt-GdB nach den Maßstäben der "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (Teil 2 SGB IX), Ausgabe 2008 (AHP) hinzuzurechnen ist (vgl. BSG SozR 1300 § 48 Nr. 29). Die Verwaltung ist nach [§ 48 SGB X](#) berechtigt, eine Änderung zugunsten und eine Änderung zuungunsten des Behinderten in einem Bescheid festzustellen und im Ergebnis eine Änderung zu versagen, wenn sich beide Änderungen gegenseitig aufheben (BSG [SozR 3-3870 § 3 Nr. 5](#)).

Auf Antrag des Behinderten stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den daraus resultierenden GdB fest ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung, nach Zehnergraden abgestuft, festgestellt ([§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB IX](#)). Die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäbe gelten entsprechend ([§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#)), so dass auch hier die AHP heranzuziehen sind.

Nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt ungeeignet (vgl. Nr. 19 Abs. 1 der AHP). In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel-GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden (Nr. 19 Abs. 3 der AHP). Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. Nr. 19 Abs. 4 der AHP). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der AHP in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden (BSGE [62, 209](#), 213; BSG [SozR 3870 § 3 Nr. 26](#) und SozR 3-3879 § 4 Nr. 5).

Hiervon ausgehend beträgt der Gesamt-GdB beim Kläger nach wie vor 30, wie das SG in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Gerichtsbescheids eingehend und zutreffend ausgeführt hat. Der Senat gelangt nach eigener Überprüfung mit dem SG zu dem Ergebnis, dass die Funktionsbeeinträchtigungen an der Wirbelsäule und den Kniegelenken des Klägers ausreichend mit einem Teil-GdB von jeweils 20 bewertet worden sind, der vorhandene Spreizfuß sowie mitgeteilte Exostosen an den Fußwurzelknochen nicht GdB-relevant sind und die Schwerhörigkeit nicht bei der Bildung des Gesamt-GdB zur berücksichtigen ist. Der Senat nimmt zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Ausführungen des SG in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Gerichtsbescheids voll umfänglich Bezug, auf die er zur Begründung seiner eigenen Entscheidung verweist ([§ 153 Absatz 2 SGG](#)).

Ergänzend und im Hinblick auf das Berufungsvorbringen des Klägers bleibt auszuführen:

Die im Berufungsverfahren auf das Vorbringen des Klägers durchgeführten weiteren Ermittlungen haben die Ansicht des Beklagten und des SG untermauert.

Entgegen der Ansicht des Klägers ist die bei ihm vorliegende Schwerhörigkeit nicht mit einem GdB von 20 (oder mehr) zu bewerten. Die von Dr. N. am 11.01.2007 durchgeführte HNO-ärztliche Untersuchung des Klägers ergab im Vergleich zu dem von Prof. Dr. Z. festgestellten Hörverlust einen im Wesentlichen gleichen Befund, wie sich aus den vorliegenden Tonaudiogrammen ergibt. Danach kann beim Kläger von einer nur geringgradigen Schwerhörigkeit ausgegangen werden, die nach den AHP in Übereinstimmung mit der Bewertung des Dr. N. allenfalls mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten ist, der nach den oben dargestellten Grundsätzen zur Bildung des Gesamt-GdB nicht zu berücksichtigen ist. Der davon abweichenden Bewertung des Dr. W. in seiner Stellungnahme an das SG vom 02.11.2004, auf die sich der Kläger beruft, kann nicht gefolgt werden. Seine Bewertung des GdB mit 30 ist nach den AHP mit dem von Prof. Dr. Z. und Dr. N. im Wesentlichen übereinstimmend erhobenen Befund nicht zu vereinbaren. Dr. W. nennt auch keinen eigenen Untersuchungsbefund, der seine von Prof. Dr. Z. und Dr. N. abweichende Ansicht plausibel macht.

Auf orthopädischem Fachgebiet hat Dr. B. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage unter Einbeziehung des chronischen Lendenwirbelsäulensyndroms bei NPP L4/5, L5/S1, Gonalgien bds., einer Schultergelenksteife bds. und einer Fingergelenkspolyarthrose den GdB auf 30 eingestuft. Soweit er darüber hinaus einen GdB von "maximal 40" für möglich hält, kann dieser "Anhebung" nicht gefolgt werden, da eine solche Bewertung nach den von ihm angenommenen Teil-GdB-Werten (LWS "max. GdB 30", Gonalgien GdB 10, Schultergelenksteife, Fingergelenkspolyarthrose GdB 10) nicht den oben dargestellten Grundsätzen zur Bildung des GdB entspricht.

Nach den von Dr. B. mitgeteilten Funktionswerte der Wirbelsäule - LWS - (schmerzhafte Anteklinion, FBA ca. 10 cm, Schober-Zeichen 10/14, Lat.-Flexion bds. endgradig schmerzhaft eingeschränkt mit 15°/15°, Rotation der WS global bei fixiertem Becken 60°/60°, HWS bei freien oberen Kopfgelenken und Rotationseinschränkung der unteren HWS mit 60°/60°) und der Kniegelenke (bds. endgradiger Flexionsschmerz 0-0-130°, keine Meniskuszeichen, fester Bandhalteapparat, keine Kapsulitis, jeweils nach dem von Dr. B. vorgelegten Befundbericht vom 16.03.2007), folgt der Senat der überzeugenden versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. G. vom 09.05.2008, dass beim Kläger hinsichtlich der Wirbelsäule ein Teil-GdB von 20 angemessen und dass hinsichtlich der Kniegelenke der bislang angenommene Teil-GdB von 20 als eher weitreichend anzusehen ist, zumal im Reha-Entlassungsbericht der Fachkliniken Hohenurach vom 16.08.2007 von einer freien Beweglichkeit der Kniegelenke des Klägers berichtet wird. Soweit in diesem Reha-Entlassungsbericht hinsichtlich der Wirbelsäule des Klägers im Vergleich zu den von Dr. B. mitgeteilten Befunden abweichend von einer geringeren Entfaltbarkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule, FBA 22 cm, einem lokalen Druckschmerz überwiegend linkes ISG-Gelenk, einem Muskelhartspann und einer schmerzhaften Einschränkung der Seitneigung der LWS um 2/3 der Norm berichtet wird, kann im Hinblick auf die zeitnah von Dr. B. erhobenen Wirbelsäulenbefunde von einem Dauerzustand der bei der Reha-Maßnahme festgestellten Wirbelsäulenbefunde des Klägers nicht ausgegangen werden. Unabhängig davon wäre selbst dann, wenn mit Dr. B. hinsichtlich der Wirbelsäule des Klägers von einem "maximalen" Teil-GdB von 30 ausgegangen würde, wegen der geringfügigen Funktionsbeeinträchtigung der Kniegelenke eine Erhöhung des GdB auf 40 (oder mehr) nicht gerechtfertigt.

Weiter rechtfertigen auch die von Dr. B. weiter mitgeteilten Befunde bezüglich der Schultergelenke (beginnende Steife mit Abduktionseinschränkung bei ca. 140°, Elevation ca. 170°, IR bds. 90°) und der Hüftgelenke (Flexion 120°, IR/AR re. 20°/20°, li. 20°/30° ohne Sensibilitätsstörungen), wie auch die im Reha-Entlassungsbericht der Fachkliniken H. vom 16.08.2007 hierzu genannten Befunde (obere Extremitäten in der aktiven und passiven Beweglichkeit nicht eingeschränkt; freie Beweglichkeit der Hüft- und Sprunggelenke) nach den AHP keine Anhebung des GdB auf 40 (oder mehr). So ist nach den AHP Nr. 26.18 erst bei einer Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke (Streckung/Beugung bis zu 0-10-90 mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit) einseitig ein GdB von 10 bis 20 und beidseitig ein GdB von 20 bis 30 vorgesehen. Entsprechendes gilt für die Schultergelenke des Klägers. Nach den AHP Nr. 26.18 ist erst bei einer Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) "Arm nur um 120° zu erheben, mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit" ein GdB von 10 vorgesehen. Auch Dr. B. ist in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage an den Senat davon ausgegangen, dass die Schultergelenksteife sowie die Gonalgien beim Kläger lediglich einen Teil-GdB von jeweils 10 bedingen, der bei der Bildung des Gesamt-GdB nicht zu berücksichtigen ist. Dies gilt auch für die außerdem von Dr. B. genannte Fingergelenkspolyarthrose, die beim Kläger keine wesentliche Bewegungseinschränkung hervorruft.

Schließlich rechtfertigen die vom Kläger im Widerspruchsverfahren geltend gemachten Spannungskopfschmerzen sowie Schwindelattacken keinen höheren GdB als 30. Hinsichtlich der Spannungskopfschmerzen hat der Kläger sich auf die Bewertung des GdB nach den AHP bei Vorliegen einer Migräne berufen. Dass beim Kläger eine Migräne vorliegt, lässt sich den im Verlaufe des Verfahrens zahlreich zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen aber nicht entnehmen. Weiter haben die im Rahmen der Begutachtung durch Prof. Dr. Z. durchgeführten Gleichgewichtsprüfungen in allen objektiven Tests einen Normalbefund gezeigt, wie er in seinem Gutachten vom 13.02.2006 an das SG ausgeführt hat.

Sonstige Gesichtspunkte, die beim Kläger einen GdB von 40 oder mehr als angemessen erscheinen lassen, sind nicht ersichtlich.

Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht nicht. Der Senat hält den für die Entscheidung maßgeblichen Sachverhalt durch die zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen und die in erster und zweiter Instanz durchgeführten Ermittlungen für geklärt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-10-22